

# Introduction

## Pourquoi ce livre, à qui s'adresse-t-il ?

Ce livre s'adresse tout d'abord à ceux qui sont concernés de près par la dépression. Concernés de près à titre *personnel*, parce qu'ils la vivent ou qu'un de leur proche est concerné, ou concernés de près à titre *professionnel*, parce qu'ils reçoivent, prennent en charge, ou interviennent dans l'environnement de personnes personnellement concernées par la dépression.

Selon les récentes études épidémiologiques (Beck, 2007, Briffault *et al.*, 2008; Chan Chee, 2009), entre 5 et 8 % de la population présenteraient chaque année en France un épisode dépressif, soit entre 2 et 3 millions de personnes. Le problème n'a d'ailleurs pas échappé à l'OMS, qui voit dans la dépression la quatrième cause de morbidité actuelle dans le monde et prévoit que ce sera la deuxième dans vingt ans (Mathers, 2003, 2006), ni aux instances de santé publique des différents pays industrialisés qui proposent à la population des campagnes d'information dont la plus ancienne remonte à plus de 20 ans aux États-Unis (Briffault *et al.*, 2009). La France a diffusé la sienne (*La dépression, en savoir plus pour en sortir*, Briffault *et al.*, 2007) plus récemment, par l'entremise de l'Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé (INPES), en novembre 2007 (<http://www.info-depression.fr/>).

Du côté des professionnels, ce ne sont pas les seuls professionnels de santé médicaux qui sont concernés. Bien évidemment, médecins généralistes et psychiatres sont le plus souvent les interlocuteurs de première ligne des personnes qui rencontrent la dépression sur leur chemin. Psychologues, psychothérapeutes, psychanalystes sont également des interlocuteurs privilégiés bien que, en France, en tout cas, ils soient moins fréquemment consultés. Mais bien d'autres professionnels sont concernés. Les professionnels paramédicaux, confrontés aux effets somatiques de la dépression et aux effets dépressogènes des problèmes somatiques. Les travailleurs sociaux, confrontés aux effets sociaux de la dépression et aux effets dépressogènes des facteurs sociaux. Les médecins du travail,

responsables de ressources humaines, personnes en charge de l'organisation du travail, intervenants syndicaux, confrontés à l'impact que les troubles dépressifs ont sur le travail et à l'impact qu'ont les conditions de travail sur la santé mentale des employés. Bien évidemment sont également concernés les chercheurs travaillant sur la question de la dépression en médecine, en psychologie, en épidémiologie, les opérateurs de santé publique appelés à mettre en place des actions collectives en santé et, pourquoi pas, les politiques qui les décident. Enfin, les journalistes spécialisés, qui participent très largement en France de la diffusion d'une culture de santé et de santé mentale.

Il s'agit là d'un public très varié. Qu'est ce donc qui justifie cette gageure de tenter de s'adresser ainsi en un seul ouvrage à des personnes qui ont des motivations, des compétences, et des contextes aussi différents? Avant tout, cet ouvrage est destiné à proposer les moyens de mieux comprendre comment éviter la survenue d'une dépression, en sortir lorsqu'elle est installée, et éviter de rechuter après en être sorti. C'est donc un ouvrage destiné à aider à mieux comprendre – c'est le titre de la deuxième partie de l'ouvrage, qui fait suite à l'observation des faits proposée dans la première partie – les mécanismes de *fabrique de la dépression*. Mais si comprendre est nécessaire, ce n'est pas suffisant. Il faut agir. C'est ce qui est proposé dans la suite de l'ouvrage. Sans nuire au suspens de la démonstration qui sera menée sur la base de l'analyse approfondie des résultats des études scientifiques les plus récentes, précisons dès à présent que la conclusion de cette démonstration ne permettra pas de recommander ce que de nombreux ouvrages de «self-help» ont proposé : tenter de s'en sortir seul à l'aide de quelques moyens simples. Disons-le d'emblée : se réveiller le matin à l'aide d'une « lumière de l'aube » artificielle, avaler quelques gélules d'huile de poisson au petit-déjeuner avant d'aller courir, travailler sa cohérence cardiaque à l'aide d'un appareil de biofeedback et terminer sa journée chez l'acupuncteur avant de prendre un repos bien mérité en s'asseyant sur un coussin de méditation ne permettra pas de résoudre le problème posé par une dépression caractérisée, même si chacun de ces éléments peut y contribuer au sein d'une stratégie plus spécifique. S'il est une chose que montrent les milliers d'études consacrées depuis plusieurs décennies à la dépression et à ses (tentatives de) traitements, c'est qu'il s'agit d'un trouble *complexe*. Complexe, c'est-à-dire résultant de multiples mécanismes finement intriqués les uns dans les autres. Disons-le également dès à présent, avant de le démontrer : à ce jour, aucune solution simple, unique et prête à l'emploi, qu'elle soit pharmacologique, psychologique, relationnelle, sociale... n'a montré d'efficacité probante comme solution de la dépression.

C'est ici qu'interviennent les professionnels mentionnés précédemment. Car c'est à eux qu'incombe la responsabilité de créer, pour chaque personne en dépression qui les sollicite pour cela, les solutions complexes efficaces adaptées à la situation spécifique rencontrée. Or, les contraintes qui s'exercent sur ces professionnels, et les ressources qu'ils ont la possibilité, l'obligation, et le droit de mobiliser pour faire leur travail sont en train de changer. Se développe en effet depuis quelques années un vaste mouvement que l'on a coutume de désigner par son appellation anglo-saxonne : l'*Evidence-Based Medicine*. L'*Evidence-Based Medicine*, ou « médecine fondée sur les preuves » (on dit aussi parfois « médecine fondée sur les données probantes ») forme un projet sur le fond duquel on ne peut, a priori, qu'adhérer. Il s'agit de fonder les stratégies thérapeutiques sur « les meilleures données disponibles » des études scientifiques, intégrées à « l'expérience clinique » du praticien et aux « choix éclairés » du patient (Sackett et Rosenberg, 1995). Sur le fond, rien à redire. Quoi de plus louable en effet que de souhaiter fonder des décisions essentielles sur des résultats éprouvés, plutôt que sur des croyances, des dogmatismes, des modes, des narcissismes de fondateurs de méthodes ou d'écoles, des habitudes, des conformismes, des charlatanismes, des choix hasardeux... Le problème réside dans ce que l'on entend par « meilleures données disponibles », « choix éclairé » et « expérience clinique ». Qui dit en effet « fondée sur les preuves » dit logique d'administration de la preuve, et différences dans l'acceptabilité des dites « meilleures » preuves en fonction de leur source. Il existe en effet dans l'approche *evidence-based* une hiérarchie des preuves, récemment établie, et que respectent généralement les autorités de santé publique pour établir leurs recommandations. Le tableau ci-dessous reprend par exemple la hiérarchie de niveaux de preuves – du plus élevé au plus bas – qui a été utilisée en 2004 dans un rapport d'expertise collective de l'INSERM sur l'efficacité des psychothérapies établi à la demande de la direction générale de la santé (DGS) (INSERM, 2004)<sup>1</sup>. Comme on peut le constater, le niveau de preuve le plus élevé est attribué aux études expérimentales portant sur des groupes et menées selon une méthodologie précise (que l'on appelle des « essais contrôlés randomisés », nous y reviendrons en détail), et plus particulièrement aux agrégations des résultats de ces études dans des études de synthèse (que l'on appelle des « méta-analyses »).

---

1. En ligne sur <http://ist.inserm.fr/basisrapports/psycho.html>.

Catégories	Niveau de preuve
Ia	Preuve établie d'après des études méta-analytiques et randomisées
Ib	Preuve établie d'après au moins une étude contrôlée
IIa	Preuve établie d'après au moins une étude contrôlée sans randomisation
IIb	Preuve établie d'après au moins un autre type d'études quasi expérimentales
III	Preuve établie d'après des études descriptives comme les études comparatives, des études corrélationnelles et des études cas témoins
IV	Preuves venant des opinions des experts ou de comités d'experts ou de l'expérience clinique ou d'une autorité respectée ou des deux

Comme on peut le constater également, l'expérience clinique compte pour peu de chose dans cette hiérarchie. Pour rien ont même tendance à dire de nombreux praticiens qui s'insurgent contre ce déni de leur expérience et de leur pratique, et contestent massivement, en particulier dans le domaine de la santé mentale, le recours à ce type d'études expérimentales ainsi promues au rang d'étalon-or de la vérité scientifique. Le rejet va parfois plus loin, et c'est le projet même d'un soin fondé sur des données scientifiques qui est contesté. Nous ne les suivrons pas sur ce terrain. Il est fini le temps de la relation paternaliste du médecin ou du psy au patient, le temps où « une confiance rencontrait une conscience » et où le patient infantilisé et considéré comme inapte à toute décision intelligente concernant sa santé et sa vie était supposé se conformer sans discuter aux décisions qui étaient prises « pour son bien », sans jamais savoir sur quoi reposaient ces décisions ni même si elles reposaient sur quelque chose d'autre que la dite « conscience ». Il est aujourd'hui possible que les décisions de soin se prennent sur la base de raisonnements rationnels et fondés sur des faits, auxquels participe le patient.

Mais le problème est alors de savoir quels sont ces « faits » et cette « rationalité » dont il est question. S'agissant de la dépression, quelles sont la portée et les limites précises des connaissances produites par le dispositif scientifique érigé en étalon-or ? Que peut-on vraiment tirer, opérationnellement, dans la rencontre singulière entre une personne présentant une dépression et les professionnels qu'elle sollicite, des résultats des essais contrôlés randomisés et des méta-analyses ? C'est à ces questions que cet ouvrage se propose de tenter de répondre. S'il apparaît utile de le faire maintenant, c'est que les dix dernières années, et plus encore les cinq dernières, ont été riches d'événements et de conflits montrant que l'*Evidence-Based Medicine* a acquis, dans le domaine de la médecine somatique mais aussi pour ce qui nous intéresse dans le domaine de la santé et de la médecine mentale une puissance telle qu'elle est aujourd'hui incontournable. Mentionnons simplement pour mémoire la première expertise collective de l'INSERM sur l'efficacité des psychothérapies, qui

déchaîna la fronde du monde psy. Une deuxième expertise collective de l'INSERM sur les troubles des conduites chez l'enfant qui déchaîna les passions au point qu'une pétition du collectif « Pas de zéro de conduite » recueillit plus de 200 000 signatures hostiles à la démarche et aux résultats<sup>1</sup>. La mise en place et la montée en puissance progressive d'une Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), devenue par la suite Haute Autorité de Santé (HAS)<sup>2</sup>, chargée non seulement de définir les traitements recommandés pour les différentes maladies, dont la dépression<sup>3</sup>, mais aussi d'évaluer les pratiques professionnelles (EPP)<sup>4</sup> sur la base des recommandations émises. La mise en place d'une législation sur l'usage du titre de psychothérapeute dans laquelle il fût un moment question d'inscrire directement dans le texte de loi la liste des pratiques « scientifiquement validées » autorisées. La première campagne nationale française d'information sur la dépression<sup>5</sup> mise en œuvre par l'INPES à l'initiative du ministère de la Santé dans le cadre du plan Psychiatrie et Santé mentale.

Dans tous ces cas, c'est la hiérarchie de preuves présentée plus haut qui sert de fondement à la conception des contenus. *L'Evidence-Based Medicine* est en passe d'acquérir aujourd'hui « force de loi » et puissance normative. C'est dire toute l'importance qu'il y a à examiner avec le plus grand soin les fondements et la portée de ce qui s'impose ainsi. Car de la science au scientisme, c'est-à-dire de la recherche fine de connaissances toujours provisoires et réfutables à la réification de quelques résultats partiels et partiels en dogmes inattaquables, il n'y qu'un pas. Un pas d'autant plus facilement franchi que viennent s'interposer des influences administratives, politiques, industrielles, financières, corporatistes, idéologiques, médiatiques entre les résultats de la recherche – elle-même soumise à ces influences – et leur mise à disposition du grand public et des professionnels. C'est cet examen que nous nous proposons de mener à bien, et auquel nous convions tant les personnes concernées à titre personnel par la dépression que celles qui le sont à titre professionnel, dans la perspective

1. <http://www.pasde0deconduite.ras.eu.org/>.

2. <http://www.has-sante.fr/>.

3. Voir par exemple [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_608233/prise-en-charge-d-un-episode-depressif-isole-de-l-adulte-en-ambulatoire](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_608233/prise-en-charge-d-un-episode-depressif-isole-de-l-adulte-en-ambulatoire), [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_607702/prise-en-charge-des-complications-evolutives-d-un-episode-depressif-caracterise-de-l-adulte](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_607702/prise-en-charge-des-complications-evolutives-d-un-episode-depressif-caracterise-de-l-adulte), [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_449016/prise-en-charge-par-le-psychiatre-d-un-episode-depressif-isole-de-ladulte-en-ambulatoirerapport](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_449016/prise-en-charge-par-le-psychiatre-d-un-episode-depressif-isole-de-ladulte-en-ambulatoirerapport), [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_268261/prise-en-charge-par-le-medecin-generaliste-en-ambulatoire-dun-episode-depressif-isole-de-ladulterapport](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_268261/prise-en-charge-par-le-medecin-generaliste-en-ambulatoire-dun-episode-depressif-isole-de-ladulterapport)

4. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_5232/evaluation-des-pratiques-professionnelle? ci=c\\_5232](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5232/evaluation-des-pratiques-professionnelle? ci=c_5232)

5. <http://www.info-depression.fr/>.

de leur fournir quelques outils supplémentaires pour mieux comprendre et mieux utiliser ensemble les résultats de ces études scientifiques.

## Organisation de l'ouvrage

Pour ce faire, ce sont précisément ces études que nous examinerons en détail, leurs résultats comme leurs méthodologies. Aucun résultat scientifique ne peut en effet être compris dans sa portée et ses limites sans le resituer dans le contexte méthodologique qui a servi à le produire. C'est d'ailleurs là l'essentiel de la démarche scientifique : définir formellement des méthodologies les plus précises possibles et produire en les utilisant des résultats expérimentaux dont le périmètre d'interprétation est ainsi clairement délimité. Il s'agira d'aller assez profondément dans les détails, car ce n'est que par cet approfondissement qu'il sera possible de comprendre les résultats dans leurs portées, limites et possibilités d'utilisation. Il s'agit de comprendre comment se *fabrique*, comment s'institue « la dépression » dont il est question dans les études, les recommandations officielles, et finalement dans les approches thérapeutiques. Lorsqu'il s'agit d'un problème aussi potentiellement grave que peut l'être la dépression, il est en effet préférable de bien comprendre la logique et les effets de ce qui nous est proposé pour y faire face, au-delà de l'illusion éventuelle des solutions magiques et des dérives scientistes.

L'ouvrage est structuré en trois parties. La première, « Observer », est consacrée à ce que l'on a coutume d'appeler les « facteurs associés » à la dépression. Il s'agit d'une exploration essentiellement descriptive des différents éléments physiologiques, psychologiques, relationnels, sociaux... que l'on trouve fréquemment associés à la dépression. À ce stade, il ne s'agit pas encore de comprendre ou d'intégrer l'ensemble de ces éléments, mais d'observer avant d'interpréter, de suggérer des interrogations. Comment comprendre que dans telles situations socioprofessionnelles on trouve bien plus de personnes dépressives que dans telles autres, pourquoi les personnes dont les parents se comportaient durant leur enfance de telle manière présentent-elles plus de troubles de l'humeur que d'autres, qu'est ce qui explique que tel ou tel paramètre biologique soit plus fréquemment altéré qu'un autre chez les personnes dépressives, comment dépression et relations interpersonnelles sont-elles associées... Autant de questions et de données empiriques que nous tenterons d'intégrer dans la deuxième partie, « Comprendre », qui présente quelques grands modèles intégratifs récents qui cherchent à intégrer en un tout cohérent l'ensemble des données expérimentales disponibles. C'est dans la troisième partie, « Agir » que nous examinons les stratégies utilisées pour faire face à la dépression

et les résultats des évaluations de leur efficacité. La conclusion permettra d'intégrer l'ensemble dans une vision perspective.

S'agissant de la sélection des études présentées, c'est sur la base de la hiérarchie des niveaux de preuves présentée plus haut que nous avons procédé, car c'est celle qui est utilisée pour produire les recommandations, définitions de la dépression et stratégies thérapeutiques dont nous entendons examiner les fondements. Ce sont donc essentiellement des méta-analyses, des essais contrôlés randomisés, des études quantitatives épidémiologiques, reposant sur l'utilisation de statistiques. Les détails de la principale de ces statistiques, la taille d'effet, sont analysés en détail dans le chapitre concernant l'efficacité des psychothérapies, mais quelques résultats de taille d'effet sont présentés avant cela. Le lecteur non familier de cet indicateur (dont la formule est très simple, mais l'interprétation plus compliquée) pourra donc se reporter par avance à cette présentation.

S'agissant de la posture adoptée à l'égard de ces études, il s'agit comme nous l'avons déjà précisé d'aller suffisamment dans les détails pour pouvoir comprendre précisément la portée et les limites des résultats. Notre objectif n'est pas de discuter les fondements premiers de ces études, des indicateurs sur lesquels elles se fondent, ni de contester la légitimité ou le bien fondé du mouvement d'*Evidence-Based Medicine*. Non pas que ces discussions très « amont », le plus souvent portées par les sciences sociales et certains praticiens soient infondées ou inutiles. Bien au contraire, elles sont absolument indispensables, et l'on trouvera d'ailleurs dans cet ouvrage largement matière à les alimenter. Mais notre propos est plus limité : un vaste mouvement de « scientification » est actuellement à l'œuvre dans le domaine de la santé mentale, et il se fonde sur un certain type d'études pour mettre en place des décisions. Dont acte. Mais alors que ces décisions soient vraiment fondées sur l'ensemble des résultats scientifiques obtenus par ces méthodes, de leurs portées et de leurs limites. Or, la simple analyse approfondie des études, en respectant leur logique interne, montre que ce n'est pas toujours le cas, qu'il en résulte des pertes d'efficacité voire des risques pour les patients, et appelle à des transformations importantes, que nous examinerons dans la conclusion.